

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1919-1920. — N° 23

LA FORME ŒSOPHAGIENNE

Du Cancer de l'Estomac

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 25 septembre 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. HENRI MICHEL

Né à Châteauroux (Indre), le 18 novembre 1891



LYON

ANC. IMPRIMERIE WALTENER

3, Rue Stella, 3

1919

LA FORME ŒSOPHAGIENNE
DU CANCER DE L'ESTOMAC



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LA FORME ŒSOPHAGIENNE

Du Cancer de l'Estomac

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 25 septembre 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. HENRI MICHEL

Né à Châteauroux (Indre), le 18 novembre 1891



LYON

ANC. IMPRIMERIE WALTENER

3, Rue Stella, 3

1919

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
LEPINE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, MORAT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARD.
Clinique ophtalmologique	TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BÉRARD.
Clinique des maladies nerveuses et mentales	FABRE.
Clinique des maladies des enfants.	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LEPINE (J.)
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL.
Chimie organique et toxicologie	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ.
Anatomie	MOREL.
Anatomie générale et Histologie	MOREAU.
Physiologie	GUIART.
Pathologie interne	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales	X.
Anatomie pathologique	DOYON.
Médecine opératoire	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée	X.
Médecine légale	PAVIOT.
Hygiène.	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique	X.
Pharmacologie	ÉTIENNE MARTIN.
	COURMONT.
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	MM. LANNOIS.
Pathologie externe.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL.	agrégés
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND.	—
Accouchements	COMMANDEUR.	—
Embryologie	LATARGET.	—
Anatomie topographique	PATEL.	—
Botanique	BRETIN.	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD.	—
Clinique infantile	MOURIQUAND.	—
Déontologie et médecine professionnelle.	X.	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	BRETIN.	ARLOING (F.)	THÉVENOT Luc ^{tes}
COMMANDEUR.	LERICHE.	GUILLEMARD.	PIERY.
NEVEU-LEMAIRE.	THÉVENOT Léon.	POLICARD.	COTTE.
LAROYENNE.	TAVERNIER.	GARIN.	DUROUX.
VORON.	CADE.	SAVY.	BONNAMOUR, chargé des
NOGIER.	MOURIQUAND.	FROMENT.	fonctions.
LATARGET.			SARVONAT, id.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PIC, président ; CADE, assesseur ;
MM. SAVY et BONNAMOUR, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Bien faible témoignage de ma grande
affection et de ma vive gratitude.

A MES PARENTS LES DOCTEURS BONY,
DAGET, BOUCHET

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PIC,

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Qui nous fait le grand honneur de présider notre thèse, nous continuant ainsi les marques de bienveillance et d'intérêt qu'il a bien voulu nous témoigner pendant ces mois de modeste collaboration qu'il nous a été donné de pratiquer près de lui dans ses fonctions de médecin consultant régional. Collaboration aussi intéressante et instructive, qu'agréable pour nous. Pour tous ces motifs nous le prions de trouver ici l'hommage de notre respect et de notre profonde reconnaissance.

A MESSIEURS LES PROFESSEURS

Qui ont accepté de faire partie de notre jury.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHUT

Ancien Interne des Hôpitaux
Chef de Laboratoire à la Faculté

Qui a bien voulu inspirer ce travail et mettre à notre disposition la plupart des observations que nous y rapportons. Après les avoir recueillies cliniquement et radiologiquement, il a consenti à les grouper et à nous aider à en dégager les conclusions. Pour ses conseils si précieux et pour l'accueil si plein de cordialité qu'il nous a toujours réservé, nous le prions de trouver ici l'expression de nos très vifs remerciements.

Une occasion particulièrement favorable s'offre à nous de remercier en tête de ces pages le Docteur COSTE, ancien interne des Hôpitaux, chargé du service radiologique de la consultation régionale. L'heureux hasard qui nous a fait voisiner et collaborer avec lui, a été pour nous l'origine d'une très profitable initiation au radiodiagnostic médical et de discussion cliniques fort intéressantes. Nous lui adressons l'assurance de nos sentiments dévoués et de notre respectueuse amitié.

A Monsieur le professeur agrégé DEVIC, qui a bien voulu nous accorder la traditionnelle hospitalité de son service de l'Hôtel-Dieu, nous exprimons notre respect et nos remerciements.

LA FORME ŒSOPHAGIENNE

DU CANCER DE L'ESTOMAC

INTRODUCTION

Parmi les nombreuses formes cliniques que revêt le cancer de l'estomac il en est une qui paraît nettement isolable et sous laquelle il lui arrive de se dissimuler au point de faire errer longtemps le diagnostic : c'est la forme œsophagienne.

Les termes mêmes définissent ce que nous entendons par là. Ce sont des malades, ayant cliniquement des phénomènes de sténose œsophagienne conduisant de par les signes locaux et généraux au diagnostic de cancer de l'œsophage et qui sont trouvés porteurs à l'autopsie ou à la radioscopie uniquement d'un cancer de l'estomac. Plusieurs auteurs ont déjà signalé les troubles œsophagiens dans le cancer gastrique : certains n'ont fait qu'une description isolée de ces symptômes (Lacombe-Schrammeck); d'autres sont allés plus loin, les ont groupés et leur ont donné une place dans leur classification des formes cliniques du cancer de l'estomac. Bard les place dans les formes larvées. Cade, mais seulement pour ce que

nous appelons dans la suite, la variété purement mécanique, les élève au rang de forme clinique et sous l'étiquette de forme pseudo-œsophagienne les met à la suite des formes plus classiques que sont les formes dyspeptiques, douloureuses et hémorragiques, intestinales, anémique ou œdémateuses.

Profitant de quelques observations recueillies récemment, nous voudrions essayer d'authentifier complètement cette forme et de réunir sous cette seule dénomination de « forme œsophagienne » tout ce que les auteurs précédents ont signalé comme troubles œsophagiens dans le cancer de l'estomac.

Nous montrerons qu'il existe deux mécanismes très différents de production de ce syndrome œsophagien qui peuvent être le point de départ de deux variétés de cette forme clinique du cancer stomacal :

1° Un mécanisme réflexe amenant un spasme de l'œsophage et tous les troubles de l'œsophagisme : c'est la variété réflexe.

2° Un mécanisme purement mécanique qui lui-même s'exercera de trois façons différentes :

a) La microgastric (Mathieu) qui en la réduisant considérablement, supprime presque la cavité gastrique : c'est le syndrome de Soupault en clinique, et à la radioscopie l'image de l'estomac rétracté de Béclère donnant de la stase œsophagienne sans sténose du cardia.

b) La sténose cancéreuse du cardia, aboutissant en général du squirrhe gastrique et donnant à la radioscopie la stase œsophagienne consécutive à cette sténose.

c) La gêne mécanique à la descente des aliments apportée par une tumeur préminente dans la cavité gastrique

et située au voisinage du cardia. C'est là la variété mécanique.

Dans le Chapitre I nous commencerons par la première variété à laquelle nous apporterons la contribution de quelques observations.

Dans le Chapitre II nous résumerons et grouperons ce qui a été fait sur la seconde variété en y apportant quelques nouveaux faits.

Dans le Chapitre III nous opposerons d'abord ces deux variétés en essayant d'en établir le diagnostic différentiel. Puis nous tenterons de préciser les moyens qui permettent le diagnostic entre le cancer de l'estomac à forme œsophagienne et le cancer de l'œsophage.

Dans la conclusion, enfin, nous montrerons l'utilité de la classification clinique des cancers de l'estomac et en particulier de l'isolement de la forme œsophagienne au point de vue nosologique, mais aussi au point de vue diagnostic, pronostic et thérapeutique médicale, chirurgicale et surtout palliative.

CHAPITRE PREMIER

VARIÉTÉ REFLEXE DE LA FORME ŒSOPHACIENNE DU CANCER DE L'ESTOMAC

Les troubles œsophagiens trouvés chez cette catégorie de porteurs de cancer de l'estomac sont ici attribuables à un spasme de l'œsophage purement et simplement. C'est tout le tableau de l'œsophagisme que l'on retrouve chez eux, étant entendu par là « une constriction du canal pharyngo-œsophagien, constriction plus ou moins complète et plus ou moins durable sans lésion organique appréciable au point où elle siège, et pouvant, ou produire une dysphagie absolue, ou empêcher seulement la déglutition des corps solides ou liquides » (Mondière).

Dans la littérature médicale des observations isolées et quelques travaux plus complets, mais rares et déjà anciens puisque antérieurs à l'ère radiologique, ont mentionné cet œsophagisme symptomatique d'un cancer de l'estomac et cela principalement à l'occasion d'erreur de diagnostic.

Potain, en 1883, admet qu'à côté des spasmes de l'œsophage des névropathes il y a des sapsmes réflexes ayant

leur origine loin de l'œsophage et notamment dans le cancer de l'estomac. Eichorst cite un malade atteint de carcinome pylorique constaté à l'autopsie et qui avait à certains moments des accès si violents de dysphagie que l'alimentation en était arrêtée. Ebstein, Osgood, font la même constatation. Hartmann dit que le spasme de l'œsophage semble être parfois le résultat d'un réflexe dû à un cancer de l'estomac. Bouveret signale que diverses observations semblent démontrer que l'occlusion réflexe du cardia ou de l'œsophage peut-être provoqué par une affection organique de l'estomac. A ce propos il cite un cas de Poncet où un homme atteint de cachexie intense avec dysphagie œsophagienne considérable est opéré. On trouve un cancer du pylore. Le malade succombe peu après et à l'autopsie on trouve cardia et œsophage parfaitement sains. Ewald, Jaboulay, Richelot, Lacombe, citent des faits isolés. Bertrin, en 1885, puis Schrameck, en 1895, dans leurs thèses, groupent quelques faits d'œsophagisme symptomatique de cancer de l'estomac. A l'heure actuelle le fait est bien établi et la plupart des auteurs qui ont écrit sur le cancer de l'estomac font une place dans la symptomatologie si variée de cette affection aux troubles dysphagiques d'origine spasmodique.

Pour bien préciser les choses, nous empruntons à Schrameck (Thèse. Lyon, 1895), l'observation suivante qui, pour nous, ajoute au tableau clinique le plus complet, l'avantage d'un protocole nécropsique indiscutable et très soigné et en fait le schéma de ce que nous appelons la variété réflexe de la forme œsophagienne du cancer de l'estomac.

— E., 58 ans, entre le 22 octobre 1894. Ses premiers

troubles remontent à Janvier 1893 : à cette époque première sensation de poids épigastrique, puis douleur progressive et presque continue, non modifiée par les repas. L'appétit disparaît ; les forces déclinent.

Dix mois plus tard, apparition de la dysphagie pour les solides. En janvier 1894, dysphagie telle que seuls les liquides passent ; apparition des vomissements. Le cathéter passe sans grande difficulté et sans hémorragie. On porte le diagnostic de cancer de l'œsophage.

A l'entrée la douleur épigastrique est toujours la même, augmentée légèrement par la pression. La dysphagie est très prononcée : efforts pour avaler la salive ; vomissements immédiats après chaque repas à type de régurgitations. Pas de clapotage, pas de tumeur. Le cathétérisme révèle un rétrécissement à 21 cm. des arcades dentaires, pas très douloureux. La sonde est retirée sans débris cancéreux. L'examen des liquides vomis d'odeur franchement butyrique n'a jamais donné de résultat positif au vert brillant ni au Gunzburg : acidité faible de 1 à 1,4 pour 1.000 acide lactique en quantité notable.

Le 6 janvier 1895 le rétrécissement situé à 21 cm. des arcades est franchi maintenant facilement, on introduit même pour la première fois la sonde en caoutchouc. Toutefois plus bas, à 2 cm. au-dessus du cardia, nouvel obstacle impossible à franchir.

L'existence de ces deux points rétrécis a été constaté plusieurs fois à quelques jours d'intervalle depuis deux semaines environ. Dilatation œsophagienne au-dessus du rétrécissement inférieur d'où on évacue avec la sonde environ un demi-verre d'un liquide jaunâtre, sans trace de bile, qui semble être de la salive accumulée : c'est

du reste ce que le malade rejette spontanément souvent le matin. Après les séances de cathétérisme, le malade avale mieux.

La dysphagie dans la suite va croissante, la cachexie aussi et le malade meurt le 5 février 1895.

Autopsie : œsophage d'aspect normal, aucune dilatation. Muqueuse normale, paroi ni amincie ni épaissie, pas de varices œsophagiennes. Cardia absolument sain, pas même de fissure. Tumeur cancéreuse très nettement colloïde, très étendue, siégeant sur la grande courbure et à la face postérieure de l'estomac.

La tumeur n'a pas envahi le fundus et s'arrête au moins à 5 cm. du cardia. Le pylore est envahi, mais non sténosé on peut facilement y introduire le doigt. L'histologie confirme la nature colloïde de la tumeur. A l'œsophage examen de plusieurs points, notamment au cardia et aux endroits où pendant la vie siégeaient les rétrécissements : on n'y trouve aucune anomalie.

A la lueur de la radiologie qui se révèle de plus en plus, comme le complément indispensable de toute tentative d'investigation dans le maquis des affections du tube digestif, nous voudrions maintenant apporter à l'isolement de cette variété symptomatique du cancer de l'estomac, la contribution de quelques nouvelles observations.

OBSERVATION I

Jacq., âgé de 69 ans, tisseur, entre dans le service de M. Devic, le 30 juin 1919, pour « troubles dysphagiques, vomissements précoces et amaigrissement ».

Rien à signaler dans ses antécédents en dehors de l'éthy-

lisme. L'affection qui l'amène remonte à 6 mois. Un jour le malade remarqua que les aliments solides, tels que le pain mal mastiqué, avaient de la peine à descendre : il lui semblait que quelque chose de dur et rapeux passait derrière son sternum et s'arrêtait à la partie inférieure du thorax. Il avait pris peu à peu l'habitude ou de s'arrêter de manger quand il ressentait l'impression d'un arrêt des aliments ou bien de boire une gorgée de vin pour activer la descente. Cette dysphagie augmenta progressivement, marquée d'abord pour les solides, elle se manifeste dans la suite pour les aliments épais et même pour les liquides depuis un mois, au point que le malade se plaint d'avoir de la peine à déglutir son café du matin. En plus, Jacq. accuse des vomissements précoces, survenant une dizaine de minutes après la fin du repas, quand il n'est pas obligé, au cours de celui-ci, de se lever de table pour rejeter tout ou partie des aliments ingérés. Cette expulsion soulage beaucoup le malade et quelquefois cela lui permet de réingérer quelques aliments qui, cette fois, passent normalement. Ces vomissements précoces, à type œsophagien, au début de la maladie étaient intermittents, depuis 3 mois ils apparaissent à peu près quotidiennement. Le malade a progressivement perdu l'appétit sans avoir d'anorexie élective, l'amaigrissement est considérable, il aurait perdu 32 kilos.

A l'examen, on trouve un abdomen rétracté, très déprimé. L'examen du creux épigastrique qui est indolore, ne montra ni voussure, ni tumeur, ni contractions anormales. Quelques ganglions mobiles dans l'aisselle droite.

Le 2 juillet, à la radioscopie, le Bismuth est arrêté au cardia. L'œsophage dilaté modérément présente des mouvements péristaltiques et antipéristaltiques. Toutes les deux minutes environ une grosse bouchée de bouillie pénètre dans l'estomac. Au bout de 7 minutes l'œsophage est vide. L'estomac est légèrement dilaté et présente dans la région pylorique une lacune qui échancre l'image gastrique en formant un croissant à concavité supérieure.

Le 7 juillet, on note que depuis quelques jours les aliments passent sans difficulté et qu'il n'y a plus de vomissements.

Le 9 juillet, second examen à l'écran. Le spasme du cardia a cessé. L'estomac se remplit normalement. Aucun Bismuth ne reste dans l'œsophage. Même lacune prépylorique.

Le 12 juillet, troisième examen à l'écran. On retrouve les

mêmes phénomènes et les mêmes images que lors du premier examen du 2 juillet.

Le 15 juillet. Tous les aliments passent à peu près normalement, même le pain. De temps en temps sensation passagère d'arrêt mais sans rejet à l'extérieur, finit par passer.

OBSERVATION II

Malade observé cliniquement par M. Leclerc, médecin de l'Hôtel-Dieu, et radiologiquement par M. Bouchut.

Malade de clientèle sur lequel aucun renseignement clinique écrit n'avait été pris et dont pour ce motif nous sommes forcés de résumer l'observation.

Homme âgé d'une soixantaine d'années, vient consulter pour dysphagie considérable avec vomissements et cachexie progressive. Devant cet ensemble symptomatique le diagnostic de cancer de l'œsophage est porté.

Le malade est alors passé aux rayons X. On y voit que le Bismuth s'arrête au cardia. L'œsophage, un peu élargi, présente des mouvements antipéristaltiques. Au bout de deux minutes environ le Bismuth commence à passer dans l'estomac par éjaculations intermittentes. Au bout de dix minutes l'œsophage est vide et l'estomac plein. Ce dernier est dilaté et présente une grosse lacune de la petite courbure dans la région prépylorique. On voit néanmoins quelques rares bouchées de bouillie passer dans le duodenum.

OBSERVATION III

Duf., âgé de 64 ans, cantonnier, entre dans le service de M. Devic, le 7 avril 1919 pour « Dysphagie ».

Dans ses antécédents on relève quelques signes de tuberculose (abcès froid, adénite) et un peu d'éthylisme. La maladie actuelle aurait débuté il y a quelques mois par une grosse diminution de l'appétit et une constipation opiniâtre. Mais les troubles dysphagiques remontent à 3 mois et se manifestent par une grosse difficulté pour avaler certains aliments, surtout le pain. Le malade explique que dès la première bouchée il sent un arrêt qu'il localise derrière le

sternum, arrêt suivi souvent, quelques minutes après, du rejet de l'aliment dégluti au milieu d'une salive abondante. Il précise que ces vomissements ne portent jamais sur des aliments digérés. Il lui arrive de garder plusieurs heures cette impression d'arrêt qui ne cesse qu'avec la régurgitation. Dans l'intervalle des repas rejet fréquent et abondant de glaires, dans lesquels le malade n'a jamais constaté de sang.

A l'entrée on se trouve en présence d'un malade amaigri qui dit avoir perdu 15 kilos depuis le début de ses troubles gastriques. Teint jaune paille. Asthénie très marquée. Œdème des jambes après la marche. La langue est saburrale. L'examen de l'abdomen n'offre que des symptômes négatifs, palpation complètement indolore, aucune masse au creux épigastrique. Petits ganglions durs dans les aisselles et les régions inguinales.

Le 9 avril, la radioscopie montre que le Bismuth s'accumule au-dessus du cardia au niveau duquel il s'arrête un certain temps : nombreux mouvements antipéristaltiques. Au bout de quelques minutes la bouillie descend dans l'estomac assez rapidement. Ce dernier présente une lacune extrêmement bien délimitée au niveau de la petite courbure dans la partie voisine du cardia.

Le 10 avril, nouvel examen, après ingestion d'une bouillie bismuthée, le spasme du cardia a à peu près complètement disparu. Il reste seulement quelques traces de Bismuth et pendant très peu de temps, une demi-minute environ, au-dessus du cardia. L'image gastrique est sensiblement la même que celle notée hier. L'estomac dans ses régions prépyloriques et pyloriques est animé de contractions énergiques.

Le 12 avril, troisième examen radioscopique. Même image que la première fois : le Bismuth arrêté au cardia avec mouvements antipéristaltiques intenses. La bouillie passe par intermittence dans l'estomac, en quelque sorte par jets.

Le 21 avril, cliniquement, le malade se sent mieux, il mange plusieurs petits potages par jour ; ne vomit plus.

OBSERVATION IV

Val., âgé de 66 ans, domestique, entre dans le service de M. Devic le 12 mars 1919 pour « Vomissements ». En dehors

d'un éthyilisme très marqué, rien d'intéressant à noter dans ses antécédents.

L'affection actuelle remonte à 1 an environ. A cette époque, après avoir mangé, le malade ressentait une sensation de corps étranger au niveau du sternum, sensation qui disparaissait pas l'ingestion d'un verre d'eau. Il avait un peu maigri et perdu ses forces, mais l'état général se maintenait encore bon. C'est au mois de janvier 1919 que la maladie s'aggrava et que les signes devinrent caractéristiques. Immédiatement après avoir mangé sa soupe le malade était obligé de se lever de table pour rendre ce qu'il venait d'ingérer, indifféremment solides et liquides, et cela quotidiennement après chacun des repas. Il y a une quinzaine ces vomissements se sont considérablement espacés et le malade n'en a eus que deux ou trois après avoir avalé du pain mal mastiqué. Jamais il n'a eu de grands vomissements à jeun le matin ou dans l'intervalle des repas. Jamais d'hématémèse, ni de mélaena. A l'entrée, le malade se plaint seulement de pesanteur épigastrique, immédiatement après le repas. L'appétit subsiste, diminué. L'amaigrissement est considérable, les forces se sont évanouies lui rendant tout effort impossible. Teint jaune. L'abdomen est rétracté, le creux épigastrique sensible, mais l'exploration en est négative, on ne voit pas de voussure, on ne sent pas de tumeur.

Le 15 mars 1919, le malade vu à la radioscopie donne les résultats suivants :

Le Bismuth s'accumule dans l'œsophage, arrêté au niveau du cardia. L'œsophage n'est pas sensiblement dilaté, il ne se vide que lentement, un peu de Bismuth persistant encore au niveau du cardia dix minutes après l'ingestion. Quant à l'image gastrique elle indique une cavité stomacale très réduite de volume par un gros néoplasme à peu près généralisé à tout le viscère.

Le 18 mars, on note que le malade n'a présenté, depuis son entrée, des vomissements qu'à 3 reprises. A signaler aussi de temps à autre des régurgitations purement salivaires, et subjectivement quelques douleurs épigastriques peu violentes.

Le 20 mars, la laparotomie est faite par le Docteur Delore, qui trouve un énorme cancer gastrique occupant presque tout l'estomac et remontant très haut près du cardia. Devant l'impossibilité de faire une anastomose, on arrête là l'intervention.

Le 28 mars. Le malade n'a pas vomis depuis son opération ; se sentant très amélioré il demande à sortir.

OBSERVATION V

Viv., âgé de 75 ans, tisseur, entre dans le service de M. Devic, le 23 juin 1914, pour « Troubles digestifs consistant surtout dans une gêne à la déglutition des aliments et une forte constipation ». Dans ses antécédents on relève la syphilis et plusieurs blennorrhagies dont les séquelles subsistent encore sous forme d'un rétrécissement de l'urèthre. Pas d'éthylisme marqué.

Les troubles actuels auraient débuté il y a 2 mois par de la constipation, de la perte d'appétit, du dégoût des aliments et surtout de la dysphagie. Les aliments descendaient difficilement : ayant la sensation de l'aliment qui ne passe pas, il arrivait souvent au malade de rejeter immédiatement ce qu'il venait d'ingérer. Le pain, la viande ne cheminent que très péniblement, aussi Viv. se nourrit-il seulement de potages et de lait. L'amaigrissement et l'asthénie sont très grands. Le malade n'a jamais eu de vomissements ni alimentaires, ni sanglants, et il ne signale que des régurgitations survenant surtout après l'ingestion d'aliments solides. Augmentation de la salivation. Pas de sang macroscopiquement, mais Weber positif à deux reprises dans les fèces.

A l'examen, l'abdomen qui est très souple, ne révèle rien à la palpation en dehors d'un peu de sensibilité dans le creux épigastrique, à gauche de la ligne médiane.

Le 27 juin, à la radioscopie, à jeun rien à signaler. Deux cachets de Bismuth successivement absorbés sont arrêtés quelques instants au niveau de la bouche œsophagienne, puis au niveau du cardia qui les retient bien plus longtemps. La bouillie qui est ensuite ingérée passe très bien au niveau de la bouche œsophagienne, mais au niveau du cardia il semble y avoir plutôt filtration que descente physiologique. En effet, une fois toute la soupe absorbée, l'œsophage apparaît légèrement distendu dans ses 2/3 inférieurs. L'estomac qui s'emplit lentement est presque tout entier à gauche de la ligne médiane, son bas-fond est à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic : il présente une lacune au niveau de la petite courbure, dans sa partie supérieure, et une autre lacune au niveau du bas-fond.

Le 27 juin, on note à nouveau : « spasme du cardia avec stase de la bouillie dans l'œsophage. Estomac petit. Lacunes

de la partie supérieure de la petite courbure et du bas-fond ». Le malade sort le 1^{er} juillet, ayant refusé l'intervention.

OBSERVATION VI

Gig., cultivateur, âgé de 67 ans, entre dans le service le 25 mai 1919, pour « Troubles gastriques rebelles ». Dans ses antécédents qui sont banals on relève seulement de l'éthylisme.

Il y a un mois, le malade a commencé à souffrir de l'estomac, douleur violente au niveau du rebord des fausses cotes droites, survenant par crise sans relations nettes avec les repas, s'irradiant vers l'ombilic. En même temps grosse constipation. Peu de temps après ces troubles digestifs se montrent des vomissements alimentaires qui durent quelques jours seulement pour ne plus se reproduire.

A l'entrée, malade affaibli, au teint jaune, avec une inappétence surtout marquée pour les matières grasses. Du côté de l'estomac digestion difficile et douloureuse. Le moindre aliment ingéré provoque une sensation de pesanteur épigastrique. Par d'hématémèses. A l'inspection, on découvre une voussure dans la région stomacale, l'abdomen est tendu. A la palpation on sent une masse résistante sans point douloureux particulier. Pas d'ondes péristaltiques, pas d'ascite.

Le 1^{er} juillet, à la radioscopie, après ingestion de 80 grammes de bouillie bismuthée, on note : La bouillie bismuthée déglutie normalement s'arrête au cardia en distendant quelque peu l'œsophage. Au bout d'une minute et demie, très rapidement, en trois ou quatre bouchées, elle pénètre dans l'estomac qu'elle remplit. Le malade continue alors d'avalier sa bouillie, qui de nouveau s'arrête au cardia pendant une demi minute environ pour enfin s'écouler dans l'estomac. Estomac un peu agrandi. Le pylore est à trois travers de doigt au-dessus et en dehors de l'ombilic. Lacune très nette de la région prépylorique, à bords festonnés, invariables, intéressant surtout le bord supérieur. Image permanente non modifiée par les mouvements passifs ou actifs. Cette région

lacunaire est douloureuse à la pression. Le malade ayant refusé l'intervention, sort le 6 juillet 1919.

Observation due à M. le professeur Bérard et M. le Docteur Tellier, auxquels nous exprimons nos remerciements.

DISCUSSION

Toutes ces observations sont superposables. Ce sont des dysphagiques le plus souvent intermittents, à habitus cancéreux, sans tumeur épigastrique (sauf dans un cas), qui font cliniquement penser avant tout à des cancéreux de l'œsophage, premier diagnostic qui est généralement porté. On les passe à l'écran et c'est là seulement qu'on trouve la nature réelle du mal. Dans tous, en effet, on trouve un spasme au niveau du cardia accompagné parfois, comme le veut du reste Guisez, d'un spasme de la bouche œsophagienne. Ce spasme qui, certains jours, n'est pas retrouvé, cède peu à peu lors de l'exploration pour laisser se remplir un estomac qui va toujours présenter une image lacunaire à localisation variable permettant de porter formellement le diagnostic de cancer.

Malheureusement, en effet, pour les besoins de ce travail, aucune de nos observations n'a pu aboutir à l'autopsie, qui aurait eu le grand avantage de nous préciser la nature histologique et même de permettre une délimitation plus fine de toutes ces tumeurs. Mais si ces autopsies nous eussent donné un complément appréciable d'observation et de conclusion, nous nous croyons tout de même autorisés à porter les diagnostics de nature et de

localisation de ces tumeurs d'une façon aussi catégorique que nous l'avons fait ; et cela seulement par la radioscopie faite dans les conditions de soins qui ont présidé à leur étude.

Et nous nous appuyons pour cette affirmation sur l'autorité de Beclère, qui, dans son « *rapport sur l'exploration radiologique des affections de l'estomac et de l'intestin* », s'exprime en ces termes :

« L'observation d'une lacune dans l'image radiologique de l'estomac, toute cause d'erreur de technique étant écartée, équivaut au diagnostic de tumeur stomacale. Quand la palpation la plus attentive ne fait découvrir aucune tumeur, aucune induration et cependant que l'image de l'estomac est à n'en pas douter une image lacunaire, c'est alors que ce signe radiologique acquiert sa plus grande valeur, puisqu'il permet d'affirmer avec certitude l'existence, le siège et les dimensions d'une tumeur, qu'aucune autre méthode d'exploration ne révèle. Les rayons de Roentgen n'indiquent pas la nature de cette tumeur, mais pratiquement on sait qu'il s'agit d'un cancer au sens clinique du mot. L'image lacunaire de l'estomac est donc, en l'absence de tumeur palpable, le signe par excellence du cancer de cet organe », et plus loin d'ajouter :

« Associé à l'examen clinique, l'exploration radiologique apporte au diagnostic des lésions organiques de l'estomac une exactitude et une précision jusqu'alors inconnues. On peut, dans une certaine mesure, la comparer à un nouveau mode de laparotomie qui n'exigerait ni chloroforme, ni incision, ni effusion de sang »

Un autre avantage de l'autopsie eût été de nous per-

mettre d'affirmer, dans les cas où le cancer siégeait non loin du cardia, que cet orifice n'était pas envahi (observations III, IV et VI). Malgré cela nous nous croyons autorisés à admettre que le cardia n'était pas touché ; cela, d'après la clinique qui note l'intermittence très nette de la dysphagie et d'après la radioscopie qui nous montre un arrêt temporaire de la bouillie au niveau du sphincter cardiaque qui bientôt se relâche. Nous avons du reste une observation (dûe à M. Leclerc, médecin de l'Hôtel-Dieu, auquel nous adressons ici nos remerciements), de cancer propagé au cardia que nous allons reproduire pour l'opposer aux cas relatés dans nos observations :

Ch., âgé de 55 ans, sapeur-pompier, entre dans le service le 10 juillet 1918 pour augmentation de volume de l'abdomen et œdème des membres inférieurs. Il n'a jamais souffert de l'estomac et n'a jamais eu de vomissement. Selles normales. Bon appétit. Pas de douleur dans l'abdomen. A l'entrée, le malade présente un ventre en tonneau avec matité hydrique et sensation de flot. Rien aux autres organes si ce n'est un peu de congestion des bases. Le 14/7 on retire 10 litres de liquide du ventre. Le 15/7 on peut maintenant sentir une grosse tumeur épigastrique. Le 11/10, salivation très exagérée, rejet de liquide muqueux, un peu de dysphagie. Le 5/11 1918, le malade meurt et à l'autopsie on trouve un cancer massif de l'estomac propagé au cardia.

Ici donc, dysphagie peu intense, tout à fait terminale, s'opposant à la dysphagie intense et précoce et à caractères cliniques tout à fait différents de nos spasmodiques œsophagiens.

Passant maintenant en revue nos diverses observations, nous arrivons aux conclusions suivantes :

Obs. I. — Dysphagie intense au début avec sensation d'arrêt rétro-sternal, intermittente par la suite pour

cesser au moment où le malade quitte l'hôpital. Pas de tumeur palpable. A la radioscopie spasme du cardia intermittent. Lacune prépylorique faisant conclure à un cancer de cette région.

Obs. II. — Dysphagie très marquée. Pas de tumeur palpable. A la radioscopie spasme du cardia et lacune de la petite courbure dans la région prépylorique qui fait poser le diagnostic de néoplasme de la même région.

Obs. III. — Dysphagie intermittente avec sensation d'arrêt rétro-sternal. Pas de tumeur palpable. A la radioscopie spasme du cardia variable, et lacune de la petite courbure dans la partie voisine du cardia conduisant au diagnostic de cancer de cette région.

Obs. IV. — Dysphagie intermittente avec sensation d'arrêt rétro-sternal. A la palpation pas de tumeur. A la radioscopie spasme du cardia avec cavité stomacale très réduite de volume, faisant conclure à un gros néoplasme restreignant considérablement la cavité gastrique : ce que l'opération confirme.

Obs. V. — Dysphagie accentuée avec sensation d'arrêt rétro-sternal. Pas de tumeur palpable. A la radioscopie, spasme de la bouche œsophagienne et du cardia. Lacune de la petite courbure et de bas fond ; petit estomac. On conclut à un volumineux cancer de ces régions, réduisant la cavité gastrique.

Obs. VI. — Ici nous ne trouvons cliniquement aucun phénomène dysphagique, la radioscopie seule en décelant un spasme très caractérisé du cardia, coïncidant avec une lacune de la région pylorique (superposable à une tumeur

palpable), nous a amenés à classer cette observation à la suite des autres. Et cela, dans le but de nous demander pourquoi, dans ce cas, les phénomènes cliniques ne correspondaient pas à la constatation radioscopique comme ailleurs. N'en est-ce qu'une forme, larvée où le spasme n'est pas assez marqué ni assez continu pour donner de la dysphagie ? A ce propos, on peut se poser la question de savoir, si l'on a pas là une explication à ces régurgitations si fréquentes chez les cancéreux gastriques, à ces « eaux du cancer » qui auraient alors leur origine dans cette ébauche de spasme du cardia.

PATHOGÉNIE

Pour tenter d'éclairer le mécanisme d'action du cancer stomacal sur la production du spasme de l'œsophage, il semble opportun de rappeler brièvement ce que l'on sait à l'heure actuelle de la physiologie de l'œsophage, des spasmes de ce canal et en particulier des cardiospasmes, questions si bien étudiées par Guisez récemment.

Il est acquis que le péristaltisme œsophagien est sous la dépendance du mouvement de déglutition qui se passe dans le pharynx ; il s'agit d'une impulsion mécanique donnée par les muscles de cet organe, mais dont la transmission s'en fait par voie nerveuse ainsi que les expériences de Chauveau l'ont mis en évidence. Pour Schiff, puis Oppenichowski et ses élèves, le plexus cardiaque se révèle composé de fibres nerveuses à la fois dilatatrices

(rameaux du vague, le nerf dilatateur du cardia, et rameaux des plexus aortique et splanchnique) et de filets constricteurs venant du sympathique, issus du grand splanchnique. Des ganglions nerveux formés de l'enchevêtrement de ces filets sont probablement les centres dilateurs locaux qu'excite le bol alimentaire et sont situés dans l'épaisseur de la paroi cardiaque sous la séreuse.

Quel est maintenant le mode de fermeture du cardia ?

On a beaucoup discuté sur ce point et émis les avis les plus contradictoires. A l'heure actuelle von Micklewitz admet à la fois une fermeture par sphincter et une fermeture par valvule. Guisez conclut que le sphincter stomacal cardiaque, toniquement contracturé d'ordinaire, ne se laisse pas forcer passivement par la présence du bol mais s'ouvre réellement de lui-même. De même pour la bouche œsophagienne. Nous en arrivons donc à la conception nécessaire de deux orifices possédant une fonction propre activée dont la cravate musculaire est commandée par le système nerveux par le fait de nerfs constricteurs et de nerfs dilateurs.

De là à passer aux spasmes et à l'œsophagisme en général est chose facile. Une irritation des fibres circulaires de l'œsophage amènera une contraction du sphincter et une sténose œsophagienne par réflexe ; la cause irritative pouvant se trouver à distance. Deux lieux d'élection de ces spasmes, la région supérieure cervicale et la région inférieure cardiaque correspondant à ces deux véritables sphincters qui ferment, l'un l'entrée de l'œsophage et l'autre la région cardiaque. Généralement il y a coexistence des deux spasmes, supérieur et inférieur, et (toujours d'après Guisez) la sensation d'arrêt caractéristique

dans la région rétro-sternale qu'accusent tous ces spasmodiques est due au spasme cervical. Ce signe n'a guère manqué dans nos observations, du moins cliniquement, car radiologiquement seul le malade de l'observation V le mit en évidence (lors de l'examen avec le cachet de Bismuth seulement) l'ingestion de la bouillie qui suivit de près ne l'ayant plus objectivé. Nous en concluons que cette négativité de ce symptôme qui devrait être constant est attribuable à la masse de la bouillie bismuthée qui gêne sa production, ou du moins ne facilite pas sa découverte comme le cachet. Ainsi donc, dans cette sensation d'arrêt rétro-sternale, il ne s'agit pas d'une sensation perçue à distance, d'une manifestation douloureuse ayant son centre de production dans l'estomac et ressentie par le patient au niveau de l'œsophage, ce n'est pas une simple localisation psychique sans support anatomique, comme L^{éon} avait voulu l'admettre ; c'est bien un spasme siégeant à cet endroit et gênant le cheminement des ingestions, que la malade ressent à cet endroit.

A l'inverse de ce qui se passe pour la bouche œsophagienne, les malades « sentent mal leur cardia » (Guisez), pourtant c'est là que le spasme est le plus marqué, c'est là qu'il est apparu le premier et c'est lui qui disparaîtra le dernier. Dans l'observation de Schrameck, que nous relatons, le spasme inférieur est de beaucoup le plus important. Guisez surtout a attiré l'attention sur ces spasmes du cardia en général, et en particulier a communiqué maints exemples de cardio-spasmes à forme grave. Pour lui, deux degrés dans ces spasmes, le spasme simple avec dilatation sus-jacente nulle ou à peine marquée, c'est ce que nous avons rencontré en général ; et

la contracture spasmodique qui voisine la sténose organique avec dilatation sus-jacente, souvent considérable, dysphasie progressive, devenant bientôt complète. Pour Guisez, ces deux formes ne seraient que les deux degrés le plus souvent successifs d'une même affection.

Si maintenant nous voulons fouiller l'intimité de ce mécanisme réflexe, nous en sommes réduits à des hypothèses. La plupart des auteurs ont jusqu'ici admis que le terrain névropathique était à la base des troubles de l'œsophagisme. A ce propos Schrameck, dans la discussion de ses observations signale que la femme de son malade est morte d'inanition, par suite d'une sténose œsophagienne, et il se demande si l'auto-suggestion n'a pas joué un rôle dans le développement des troubles spasmodiques de cet individu. Dans nos observations nous ne relevons aucun renseignement permettant de conclure : mais il est vraisemblable que le terrain joue un grand rôle dans l'apparition de ces phénomènes spasmodiques chez certains cancéreux gastriques, à l'exclusion de tous les autres qui ne présentent pas le plus petit trouble de ce genre.

Mais l'impulsion déclanchante du réflexe se trouve dans la lésion cancéreuse de leur estomac ; sans du reste que cette affection puisse en avoir le monopole. Des spasmes œsophagiens ont en effet été signalés dans de nombreuses affections gastriques, qu'elles soient fonctionnelles comme l'hyperpepsie (Lion), ou organiques comme la gastrite et l'ulcus (Mathieu). Seule semble donc intervenir la notion d'irritation sans que sa nature présente de l'importance.

Peut-être la question du siège de l'excitation en aurait-elle davantage. Il semble, en effet, que dans le tube digestif

le point où se produit l'excitation n'est pas indifférent. C'est ainsi que l'excitation de la région gastro-pylorique ouvre le pylore, celle de la région duodéno-pylorique le ferme, De même seule, l'excitation précardiaque détermine l'ouverture du cardia et le réflexe dilatateur dans les conditions normales n'entre pas en jeu par une excitation venue d'en bas, condition nécessaire du bon fonctionnement de l'estomac. Ne peut-on pas alors aller plus loin et penser que comme pour le pylore, par une excitation au-dessous du cardia on aura tendance à mettre en jeu le système constrictor de cet orifice et à déclencher le cardiospasme.

Le phénomène est du reste encore plus général et montre bien l'intime liaison des divers points du tube digestif : liaison mécanique, liaison sécrétoire, liaison nerveuse, si étudiées par la physiologie de ces dernières années. Nous n'en voulons pour preuve que les observations de spasme œsophagien signalé dans des lésions du tube digestif extra-stomacales. Andral, Guéneau de Mussy, Vergely ont rapporté des cas d'œsophagisme coïncidant avec des ulcérations intestinales d'origine typhoïdique. Plus récemment, Cotte, à la Société de Médecine de Lyon, rapportait une observation (voisine des nôtres par beaucoup de points communs) d'une malade avec dysphagie et cachexie telles que, pensant à un cancer de l'œsophage de la portion sus-aortique, on fait une gastrostomie. A l'autopsie, l'œsophage était parfaitement sain et il n'existait qu'une ulcération tuberculeuse au niveau de l'iléon qui, dit l'auteur, aurait été le point de départ de ce spasme réflexe si marqué.

CHAPITRE SECOND

VARIÉTÉ MECANIQUE DE LA FORME ŒSOPHAGIENNE DU CANCER DE L'ESTOMAC

Ici, aucune trace de spasme. Seuls interviennent des facteurs mécaniques qui, en réduisant considérablement la cavité gastrique ou en apportant une gêne à la pénétration des ingesta, produisent secondairement des phénomènes dysphagiques qui, juxtaposés aux autres troubles et au mauvais état général du malade, font croire à un cancer de l'œsophage.

Le travail initial qui isola et mis au point du premier coup cette variété clinique fut la communication de Soupault, du 27 juin 1902, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris. Soupault y rapportait quatre observations identiques. Ce sont des malades à passé gastrique, atteints de troubles dysphagiques progressifs, définitifs menant à l'intolérance absolue et à l'inanition et pour lesquels le premier diagnostic porté est celui de cancer de l'œsophage. Ils n'éprouvent pas de véritables douleurs, ni la sensation d'arrêt rétro-sternal que l'on trouve dans les

rétrécissements, surtout spasmodiques ; mais ressentent une sorte de pesanteur égigastrique avec sensation de plénitude. Le cathéter passe tout à fait normalement, et à ce propos, Soupault donne un signe qui est pathognomonique de cette affection.

Si à l'aide de la sonde qui a cheminé sans aucune résistance jusqu'à plus de cinquante centimètres, on fait pénétrer de l'eau ou tout autre liquide, on constate qu'on ne peut y faire pénétrer qu'un très petit volume. Lorsque la limite de capacité très restreinte du viscère est dépassée, il se produit des efforts de vomissement qui font refluer le liquide dans l'œsophage et dans la bouche le long des parois externes de la sonde au fur et à mesure qu'on l'introduit.

Cliniquement, ce sont des estomacs extrêmement diminués de volume, sans sonorité ni clapotage. Le chimisme montre que la fonction sécrétoire est aussi totalement annihilée. A l'autopsie, on trouve un estomac de capacité extrêmement réduite, moignon épais, inextensible, incontractile avec un orifice pylorique rigide, plutôt rétréci, tandis que le cardia se trouve béant, facilement perméable, se continuant avec l'œsophage largement ouvert et de dimensions normales.

Nous rapportons, ci-dessous résumée, une de ces quatre observations de Soupault, pour servir de type à cette variété mécanique :

Mme P..., 56 ans, entre pour troubles dysphagiques accentués. Malade depuis quatre mois. Difficulté, puis impossibilité de manger des aliments solides : dans ces cas, sensation de barre au creux de l'estomac et rejet une demi-heure après, A l'entrée, aspect cachectique. Appétit conservé avec tenta-

tives d'alimentation continues, de sorte que toute la journée se passe à vomir et à cracher. Les liquides rendus sont neutres et le lait n'est pas caillé. Le diagnostic de rétrécissement œsophagien s'imposait. Le cathétérisme fait dans la suite montre que cinquante-cinq centimètres de sonde passe sans la moindre difficulté.

Au creux épigastrique douleur, ni clapotage, ni sonorité ; induration diffuse. Au bout de 25 jours d'hospitalisation la malade meurt. A l'autopsie : estomac petit, masse située à la partie supérieure du creux épigastrique. Surface externe lisse, pas d'adhérence. Parois épaissies et sclérosées. Cavité extrêmement réduite, parois presque accolées. Surface interne mamelonnée de dosités peu saillantes. L'œsophage est perméable, la cardia béant.

— Faisant ensuite une incursion dans la littérature médicale, Soupault relève quelques observations présentant des analogies avec les siennes et paraissant relever du même complexe symptomatique (Observations de Raoult, de Deguy, de Caussade et Rénon).

Brühl, dans la même séance, rapporte un cas qui rappelle ceux que Soupault vient de décrire : c'est un homme atteint depuis dix ans de troubles dysphagiques avec vomissements et qui semble atteint de gastrite atrophique.

Depuis, tous les auteurs qui se sont occupés de la question ont confirmé les dires de Soupault. Mathieu et Roux insistent sur le rôle de la microgastrie dans la dysphagie ; la linité plastique étant prise comme type de microgastrie. Bard note le cancer cylindroïde sous-muqueux ou linité plastique de Brinton, qui substitue des symptômes d'apparence œsophagienne aux symptômes pyloriques ordinaires ; et le cancer juxta-cardiaque avec sténose secondaire qui simule le cancer de l'œsophage. Hayem et Lion concluent de même. Cade décrit longuement et dans tous leurs détails « les symptômes œsophagiens et pseudo-

œsophagiens dans le cancer de l'estomac à forme linéique ». Mais, fait à juste titre remarquer cet auteur, « il est une réserve à formuler, c'est que dans ces infiltrations totales ou presque totales de l'organe, l'envahissement du cardia peut gêner le fonctionnement de cet orifice, le catheter peut rencontrer un obstacle à sa pénétration dans l'estomac et le syndrome ici noté voisine alors étroitement avec le syndrome réellement œsophagien ou œsophago-cardiaque ». Nous retrouverons cette forme mixte à propos de la pathogénie de ces troubles et de leur étude radioscopique.

Nous voudrions auparavant relater une observation que nous avons recueillie il y a peu de temps et qui nous semble, malgré l'autopsie qui là encore nous fait défaut, rentrer dans la catégorie des cas que nous étudions.

OBSERVATION

Fo., âgé de 43 ans, dessinateur, entre dans le service de M. Devic, le 16 avril 1919 pour « troubles gastriques ». Il a des antécédents banals : nie l'éthylisme et la syphilis et mobilisé aux armées a joui d'une bonne santé jusqu'en juillet 1918. A cette époque, a commencé à souffrir de l'estomac, ressentant des malaises aussitôt après les repas, consistant surtout en une pesanteur au creux épigastrique, avec bouffées de chaleur et régurgitations un peu acides. En août l'état s'est aggravé, le malade souffrait de ses jambes au moindre effort : on aurait même constaté de l'œdème remontant jusqu'aux cuisses, sans qu'aucune trace d'albumine ait été décelée dans l'urine. A l'heure actuelle le malade est très amaigri, il dit avoir perdu 15 kilos. Son teint est jaune paille. Il souffre toujours de son estomac, mais ne peut localiser autrement sa douleur qu'à toute la région sus-ombilicale où il éprouve une impression de pesanteur. Depuis un mois il s'est mis de lui-même au régime des liquides par

suite des difficultés qu'il éprouvait lors de l'ingestion des aliments solides et des vomissements qui la suivait. A l'examen, abdomen déprimé. Dyssymétrie nette au niveau du creux épigastrique, sa moitié gauche étant soulevée par une masse qui, à la palpation, occupe tout l'épigastre et déborde dans l'hypocondre droit. Au niveau du creux sus-claviculaire, ganglions nombreux. Pas trace d'œdème des jambes.

Le 16 avril 1919, à la radioscopie, le malade ne peut avaler que la moitié de sa soupe bismuthée, le reste refuse de passer. On note un œsophage plein de Bismuth, pas sensiblement dilaté avec des mouvements antipéristaltiques très accentués. On voit filtrer un petit filet de Bismuth qui descend en traînée verticale, arrive à former une ombre de la grosseur d'une noix, puis une petite traînée horizontale nettement sus-ombilicale décelant un très petit estomac. Le 17 le malade se plaint que depuis qu'il a absorbé son bismuth, il n'a pu prendre ni son potage, ni même de l'eau. La dysphagie est intense et il a rejeté à peu près tous les liquides qu'il a essayé de déglutir. La radioscopie montre qu'il reste encore après 24 heures, de la bouillie bismuthée dans l'œsophage et dans l'estomac. L'œsophage, qui est encore plein, présente d'énergiques mouvements antipéristaltiques, l'image gastrique, très nette, est la même que la veille. On a en somme une colonne bismuthée continue du pylore au tiers moyen de l'œsophage, simplement un peu rétrécie au niveau du cardia. Le 18, sans ingestion d'une nouvelle soupe on trouve l'œsophage vide, mais l'estomac encore plein, offrant la même image. Le 22, le malade demande à sortir. Il est toujours dans le même état, c'est-à-dire que seuls passent, et encore, quand ils sont avalés lentement, les aliments liquides.

DISCUSSION

Ce qui domine cette symptomatologie c'est la peine qu'à le malade à faire pénétrer dans son estomac des aliments solides et même des liquides, lorsque ceux-ci sont déglutis trop rapidement et en trop grande quan-

tité ; puis la sensation de pesanteur épigastrique très marquée qui suit la moindre ingestion. Cliniquement, tumeur palpable. A la radioscopie une cavité réduite à presque rien par les masses cancéreuses qui l'obstruent. Un cardia réduit à un défilé qui « s'embouteille » lors de la déglutition de la bouillie bismuthée au point que vingt-quatre heures après l'œsophage est encore plein et que le malade ne peut rien faire pénétrer dans son estomac qui, lui aussi, est comble pendant quarante-huit heures. Et à ce propos Guisez qui, lui aussi, a observé un malade qui, quatre jours durant, garda au niveau de son rétrécissement la bouillie, amenant une dysphagie absolue ; et qui, quatre fois, a du déboucher l'œsophage de malades ainsi encombré de bismuth, recommande de désobstruer systématiquement ces malades par un lavage aussitôt après l'épreuve de Bismuth.

Au total, notre malade était donc atteint d'un cancer généralisé rendant presque virtuelle la cavité de son estomac et sténosant son cardia. En discutant le mécanisme de ces troubles nous verrons que l'image donnée par l'estomac de ce malade correspond à celle que Bécclère attribue à l'estomac cancéreux généralisé avec sténose du cardia et stase œsophagienne, aspect voisin, mais tout de même un peu différent des syndrômes décrits par Soupault.

Mécanisme des troubles œsophagiens dans la variété mécanique de la forme œsophagienne du cancer de l'estomac.

— Il est fort simple et indiscutable : c'est la petite capacité d'un estomac trop vite rempli qui le fait déborder dès qu'il est plein, et accessoirement, comme dans notre

cas, la gêne dans la traversée du cardia qui ajoute une difficulté de plus au remplissage.

La radioscopie objective d'une façon très précise ce qui se passe; et, puisant toujours à la si compète source de documentation qu'est le rapport de Bécélère de 1912, on peut distinguer trois cas.

Dans le premier, c'est ce qu'aurait vu Soupault s'il avait passé ses malades aux rayons; on a la microgastrie de Mathieu, l'estomac rétracté de Bécélère, qui anatomiquement correspond au squirrhe et à la linite plastique. L'infiltration cancéreuse aboutit à la diminution plus ou moins complète de la cavité gastrique qui se traduit par une réduction correspondante des divers diamètres de l'image stomacale et par la diminution progressive et finalement la disparition de la péristaltique. La cavité gastrique est si réduite et surtout ses parois sont si inextensibles qu'en dépit de l'insuffisance pylorique, fréquente dans ces cas, les dernières portions du repas bismuthé ne peuvent pénétrer dans l'estomac déjà plein et demeurent dans la partie inférieure de l'œsophage, où on les voit stagner plus ou moins longtemps.

Dans le second cas, qui est applicable à notre observation, la sténose du cardia s'ajoute au trouble précédent. A ce sujet, Bécélère dit qu'elle se révèle par la stase anormale du repas bismuthé à la partie inférieure de l'œsophage et par la lenteur du passage du contenu œsophagien dans la cavité gastrique, même à l'état de vacuité au travers d'un défilé plus ou moins étroit. Ces deux derniers caractères la distinguant du mécanisme précédent.

Pour ce qui est du troisième cas, nous n'en avons pas d'observation nette. Celles qui pourraient s'en rapprocher

(Obs. III, IV et VI) ayant un élément nettement spasmodique qui empêche de préciser le rôle de la gêne mécanique apportée par la tumeur elle-même à la descente du bismuth. Nous faisons, en effet, rentrer dans cette dernière catégorie les cancers siégeant au voisinage du cardia (sans l'envahir) et qui, partis de la petite courbure et plongeant dans la cavité gastrique, forcent la pâte bismuthée à s'étaler lentement à leur surface et à en dessiner fortement le relief. Phénomène qui, à notre avis, peut être parfois la cause unique de troubles dysphagiques.

Ces données sont suffisantes pour se faire une idée parfaite de l'origine mécanique des troubles dysphagiques dans le cancer de l'estomac. En somme dans les cas les plus fréquents, qui relèvent du type Soupault, on peut conclure, avec Caussade et Rénon, que « l'atrophie gastrique est telle, qu'elle aboutit à la suppression de l'estomac ; le pylore se continuant presque directement avec l'œsophage. De l'œsophage au pylore il n'y a presque pas de changement de calibre, de sorte que la sténose pylorique due au cancer a joué le rôle d'un véritable rétrécissement œsophagien ».

CHAPITRE TROISIÈME

1° Parallèle clinique, radiologique et nécropsique entre les deux variétés de la forme œsophagienne du cancer de l'estomac.

Si ces deux mécanismes de production du syndrome œsophagien dans le cancer de l'estomac s'objectivent de façon à peu près identique, conduisant tous les deux de prime abord l'observateur non prévenu au diagnostic de cancer de l'œsophage, il est tout de même possible, cliniquement, de rattacher les symptômes rencontrés, à une pathogénie ou à l'autre. Leurs images radioscopiques sont aussi tout à fait dissemblables; en cela, interprètes fidèles des lésions anatomiques bien différentes que la nécropsie donnera dans la suite.

Pour la variété spasmodique, c'est toute la symptomatologie si variée décrite par nombre d'auteurs à propos de l'œsophagisme. Beaucoup ont noté le terrain névropathique, le début subit et de suite intense de la dysphagie pour les liquides, l'arrêt du cathéter en un point variable, mais surtout au niveau des deux sphincters de Guisez : caractères qui n'ont pas été consignés dans nos observations, et pour lesquels du reste maints auteurs, dont Guisez, s'accordent pour constater qu'ils ne sont pas absolus. La notion de variabilité, par contre, sur

laquelle tout le monde insiste s'est trouvée nettement vérifiée par nous. A la radioscopie, c'est l'image d'une cavité gastrique en général peu réduite de volume avec une lacune bien délimitée et au cardia un spasme passager, intermittent, variable qui, quand il existe, peu à peu se détend pour laisser se remplir par éjaculations successives ou tout d'un trait la cavité stomacale.

A l'autopsie, d'après les auteurs qui en ont publiées, c'est le cancer quelconque plus ou moins bourgeonnant dans la poche gastrique, mais ne la diminuant pas appréciablement. Dans les deux cas de Schrameck, Devic a trouvé une tumeur de nature colloïde, l'intégrité du cardia et de l'œsophage étant absolue.

La variété anatomique présente une autonomie nette lorsque l'on sait en rechercher les signes. Cliniquement c'est une dysphagie progressive, mais définitive ; le cathéter passe sans rencontrer de résistance, surtout quand la microgastrie n'est pas associée à de la sténose du cardia. Le signe de Soupault du débordement par regorgement du liquide introduit par la sonde, mettant en valeur l'importance de la notion de quantité, d'encombrement et de vitesse de pénétration de l'ingesta, est tout à fait pathognomonique. Il est impossible de délimiter l'estomac ainsi atteint, soit par la palpation, soit par la percussion ; au niveau du creux épigastrique, on ne peut produire aucun clapotage même après absorption de liquide. La sonorité y est très réduite et ne peut être retrouvée. Le chimisme montre que le viscère n'a plus de rôle physiologique et qu'il est devenu « un vase inerte ». A la radioscopie on note l'image de l'estomac rétracté de Béchère avec ou sans sténose du cardia (squirrhe ou

linite, ou s'il n'y a pas de rétraction cancéreuse c'est l'encombrement de la cavité gastrique pouvant à peine contenir, comme on l'a vu dans certains cas, quelques cm³ de liquide, tant est énorme le développement des bourgeons cancéreux dans son intérieur. Comme nous l'avons déjà dit plus haut, la bouillie bismuthée forme une colonne sombre continue englobant œsophage et estomac. L'autopsie le plus souvent montrera un squirrhe ou une linite, la cavité tellement réduite qu'il est arrivé qu'on n'y pouvait faire pénétrer un petit crayon; le cardia béant, quand le processus ne l'a pas sténosé en partie.

2° Diagnostic entre le cancer de l'estomac à forme œsophagienne et le cancer de l'œsophage.

Avant la radiologie c'était là, tâche fort difficile à remplir dans l'une comme dans l'autre variété : la preuve en est dans le nombre de diagnostics erronés qui furent portés. La radioscopie est, en effet, d'un grand secours dans ces cas pour deux raisons : en permettant d'abord de constater que le malade est porteur d'une tumeur de l'estomac dans les cas si fréquents où il n'y a pas de signe à la palpation; en facilitant en suite l'étude du trouble de l'œsophage qui s'objective par la dysphagie.

Là encore il nous faut, comme plus haut, considérer à part les deux variétés :

a) A-t-on affaire à la variété spasmodique de la forme œsophagienne du cancer de l'estomac ou à un cancer de l'œsophage ? Deux hypothèses : ou rien à l'estomac, ni cliniquement ni radiologiquement et il y a tout lieu de croire à un cancer de l'œsophage. Ou on trouve une tumeur palpable confirmée par la radioscopie, ou seulement une radioscopie positive. Dans ce cas, malgré les

expériences de Cornil qui ont démontré les faits de tumeurs multiples, d'inoculation du cancer au porteur de la tumeur primitive s'expliquant par une greffe des éléments cancéreux, fait extrêmement rare si tant est qu'il existe dans la pratique, dans ces cas disons-nous, c'est de parti pris qu'il faut chercher dans le spasme œsophagien l'origine des troubles dysphagiques que présente ce cancéreux de l'estomac. De nombreux moyens sont du reste pour cela à notre disposition. L'étude de l'évolution clinique qui montre dans le cancer de l'œsophage une dysphagie plus progressive, plus continue, plus fatale ; l'absence d'antécédents dyspeptiques nets ; le catheterisme qui peut ramener des débris cancéreux, quoique Chauffard qualifie cet instrument de « mauvais, brutal et aveugle, qui ne doit plus appartenir qu'à l'histoire de la médecine, détrôné qu'il est par la radiologie, arme admirable, simple, précise et inoffensive ». L'œsophagoscopie, que Guisez a poussé à un si haut degré de perfectionnement. Le chimisme qui montrera où en est la fonction sécrétoire de l'estomac ; la radioscopie surtout, répétée dans des conditions différentes, de manière à vérifier si les signes radiologiques sont permanents et uniformes ou s'ils varient dans leur apparition, leur degré et leur siège.

b) Est-on en présence de la variété mécanique de la forme œsophagienne du cancer de l'estomac ou d'un cancer de l'œsophage ?

C'est la radioscopie qui a elle seule, fera ici le diagnostic, en montrant le tube œsophagien ne formant qu'un avec le petit estomac rétracté, au cardia tantôt béant, tantôt plus ou moins resserré. Le signe de Soupault du débordement par regorgement, confirmera ce qui a été

vu à l'écran. La clinique, le chimisme et l'œsophagoscopie venant ajouter chacun leur part de confirmation au diagnostic radioscopique.

CONCLUSION

Dans ce dernier chapitre nous voudrions chercher à démontrer les avantages que l'on peut trouver à individualiser cette forme de cancer de l'estomac.

Au point de vue nosologique, elle vaut évidemment ce que valent tous les essais de classification des divers syndromes sous lesquels se présentent en clinique une même entité morbide. Paraissant au premier abord compliquer leur étude en créant variétés et sous-variétés plus ou moins artificielles, objection surtout valable quand des considérations théoriques ont avant tout présidé à leur élaboration, elles se justifient pleinement quand elles jettent une lumière vive sur des cas comme le notre où la lésion d'un viscère simule la lésion d'un organe voisin, et cela par des mécanismes qui, aboutissant au même tableau clinique, ont leur source dans des processus et des réalités anatomo-pathologiques tout à fait différents.

Mais c'est surtout au point de vue diagnostic, pronostic et thérapeutique que la notion et l'isolement du cancer gastrique à forme œsophagienne deviennent importants. Au point de vue diagnostic elle fait classer de suite ces « faux cancers de l'œsophage » qui, plus d'une fois, conduisirent à des interventions intempestives dont l'observation de Cotte, quoiqu'elle s'applique à une lésion jéju-

nale, nous est un bel exemple. Et l'on se rappellera la phrase de Lacombe qui concluait l'observation d'un de ces faux cancers en disant : « Ce que je voulais surtout mettre en relief, c'est que ce cancer de l'œsophage était un vaste cancer de l'estomac. »

Au point de vue pronostic on évitera ces erreurs « en moins » comme celle que rapporte Ewald, où l'on traite pour névrose pure un cancer de l'estomac qui, pendant plusieurs semaines, avait des crises de spasme œsophagien avec salivation et douleurs interscapulaires au moment de la déglutition.

La thérapeutique causale, la seule vraie, sera malheureusement toujours aussi désespérante qu'elle peut l'être dans une affection de cette nature. Mais le traitement palliatif, qui a bien sa valeur, y trouvera tout de même quelques données utiles. Soit qu'il veuille s'attaquer au spasme qui, comme nous l'avons vu dans nos observations, est le phénomène dominant, le trouble qui absorbe le plus le malade et motive beaucoup de ses plaintes, quand il n'est pas le seul pendant longtemps. Et à ce propos, c'est tout le traitement des spasmes œsophagiens qu'il faudrait passer en revue, depuis la dilation simple à la bougie sous œsophagoscopique, la dilatation forcée avec le ballon de Gottstein, qui rallie en ce moment tous les suffrages, les lavages alcalins et jusqu'à l'électrolyse et les courants de haute fréquence. Mais si avec cela de bons résultats peuvent être obtenus contre le spasme, il est bien à craindre que la cause subsistant, l'effet ne se reproduise. Aussi, croyons-nous que cette thérapeutique devra être entreprise dans les cas où l'acte chirurgical est impossible, ou secondairement à celui-ci, quand il n'a

pas suffit à faire disparaître le trouble œsophagien.

Soit que le chirurgien trouvant l'occasion d'intervenir, puisse s'attaquer au facteur causal, au cancer lui-même. Intervention qui variera avec le tableau opératoire. Trouve-t-il un cancer partiel (variété spasmodique en général), ce sera la gastrostomie si la tumeur est haut située près du cardia, et l'exérèse ou à défaut la gastro-entéroanastomose si elle est bas située. Trouve-t-il un cancer total (variété mécanique en général), impuissant, il arrêtera là son acte chirurgical. Et à cette occasion nous signalerons les améliorations considérables obtenues par de simples laparotomies exploratrices, surtout dans des cas qui devaient relever de la variété spasmodique, mais non exclusivement.

Jaboulay qui a pratiqué nombre de laparotomies dans des cas de cancer gastrique, soit de parti pris, soit dans l'intention de faire une opération plus complète qu'il ne put exécuter devant l'état grave des lésions rencontrées, dit avoir constaté chaque fois un heureux effet.

Mais c'est surtout dans la forme spasmodique que le bénéfice ressort clairement. Il semble bien que la simple laparotomie suffit à faire cesser le spasme, vraisemblablement par l'action heureuse de l'anesthésie que Lacombe, déjà en 1885, avait préconisée contre les spasmes tenaces. L'observation suivante que Richelot rapporte à la Société de Chirurgie est particulièrement probante. C'est l'histoire d'un homme de 52 ans, atteint de cachexie et de dysphagie extrêmement grave, attribuées à un cancer de l'œsophage. La laparotomie faite dans l'intention de pratiquer une gastrostomie, on trouve un estomac tellement infiltré par un cancer, qu'on arrête là l'interven-

tion, faute de pouvoir attirer le viscère au dehors par suite des adhérences. Peu de temps après, cet homme, dont la dysphagie avait été extrême et dominait la scène, mangeait de la viande et quittait l'hôpital très amélioré.

CONCLUSIONS

I. — Parmi les nombreuses formes cliniques que revêt le cancer de l'estomac, il en est une qui peut être individualisée sous le nom de « forme œsophagienne ». Les malades qui en sont atteints se présentent cliniquement comme des cancéreux de l'œsophage dont ils ont les troubles dysphagiques et le mauvais état général. La radioscopie et l'autopsie montrent qu'ils sont porteurs d'une tumeur cancéreuse de l'estomac et que leur conduit œsophagien est parfaitement sain.

II. — Leur syndrome œsophagien relève de deux mécanismes entièrement différents, qui peuvent servir de point de départ à deux variétés de cette forme œsophagienne du cancer de l'estomac. L'un fonctionnel, le spasme donnera la variété spasmodique. L'autre organique, la microgastrie, dont les types sont le squirrhe ou la linite plastique et l'énorme cancer végétant comblant presque la cavité stomacale, avec ou sans sténose du cardia, donnera la variété mécanique.

III. — Si de prime abord ces deux variétés s'objectivent à peu près de la même manière, il est cependant possible de les différencier par l'étude détaillée de leur symptomatologie. Mais c'est surtout la radioscopie qui les séparera indiscutablement.

IV. — Le diagnostic entre le cancer de l'œsophage et le cancer de l'estomac à forme œsophagienne est très difficile à faire cliniquement, lorsque, ce qui est le cas le plus fréquent, il n'y a pas de tumeur épigastrique palpable. Seule la radioscopie qui doit toujours être mise à contribution en gastrologie, permet de l'affirmer.

V. — La thérapeutique toujours si décevante du cancer en général, n'intervient le plus souvent dans cette affection qu'au point de vue palliatif. L'acte chirurgical sera toujours le plus important et variera avec la variété : complété ou non selon les besoins d'un des moyens de lutte habituels mis en œuvre contre les troubles spasmodiques de l'œsophage.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE.

PIC.

Pour le Doyen,

L'ASSESEUR,

Jean LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 11 août 1919.

Pour le Recteur et par délégation,

LE VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.

DEPÉRET.

BIBLIOGRAPHIE

- SCHRAMECK. — *Thèse*, Lyon, 1895.
- SOUPAULT. — *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*. 1902.
- SOUPAULT. — *Traité des Maladies de l'Estomac*. 1906.
- BARD. — *Semaine Médicale*, Paris, 1904.
- GAILLARD. — Article « Œsophage » du *Traité de Médecine et de Thérapeutique*, de Brouardel et Gilbert. 1906.
- HAYEM et LION. — Article « Cancer de l'Estomac », de la même collection. 1906.
- GUISEZ. — *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, mai 1909.
- GUISEZ. — *Traité des Maladies de l'Œsophage*, 1911.
- CADE. — *Précis des Maladies de l'Estomac et de l'Intestin*, 1910.
- CADE. — *Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et de la Nutrition*, 1911.
- COTTE. — *Lyon Médical*, 1912.
- BECLÈRE et MÉRIEL. — *Rapport sur l'exploration radiologique dans les affections chirurgicales de l'Estomac et de l'Intestin*, 1912.
- MATHIEU et J.-Ch. ROUX. — *Pathologie Gastro-intestinale*, Tome second.
- CHAUFFARD. — *Journal des Praticiens*, 21 juin 1919.
- HILL et BROWN KELLY. — *Proceedings of the royal Society of Medicine*. Tome XII, n° 5, mars 1919.
-

